



Valesca Pastore Dias
Aline Iara Souza
Aline A. Torres
Enfermeiras

MÉTODOS HORMONAIS

MÉTODOS HORMONAIS COMBINADOS (ESTROGÊNIO + PROGESTERONA)

Anticoncepcional combinado oral (pílula combinada)

O anticoncepcional combinado oral (ACO) ou “pílula”, como comumente é chamado, é o anticoncepcional mais conhecido e talvez, por isso, seja a demanda inicial da maioria das adolescentes.

MÉTODOS HORMONAIS

MÉTODOS HORMONAIS COMBINADOS (ESTROGÊNIO + PROGESTERONA)

Anticoncepcional combinado oral (pílula combinada)

Vantagens:

- alta eficácia se usado corretamente;
- utilização independente da atividade sexual, não requerendo qualquer ação no momento da relação;
- regularização do ciclo menstrual;
- diminuição da frequência e intensidade da dismenorreia;
- proteção contra anemia por diminuir o volume e o tempo de sangramento menstrual.

Vantagens:

- proteção contra cistos foliculares, tumores benignos de mama e ovário, câncer ovariano e de endométrio e câncer colorretal;
- efeitos positivos sobre a densidade óssea;
- possibilidade de aumentar o prazer sexual por diminuir o temor de gravidez;
- permite períodos de amenorreia (se tomada de pílulas ativas ininterruptamente);
- retorno imediato da fertilidade após parada do uso;
- pode ser usado desde a adolescência até a menopausa sem necessidade de pausas para “descanso”.

Desvantagens:

- não protege contra DST/AIDS, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção;
- necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior;
- existência de contra-indicações absolutas e relativas;
- ocorrência não rara de efeitos colaterais menores;
- risco muito baixo de complicações sérias, como trombooses venosas profundas;
- necessidade de motivação para uso correto;
- eficácia dependente da tomada diária;
- custo elevado das apresentações com baixíssima dosagem de etinilestradiol.

Contraindicações absolutas:

- fenômenos tromboembólicos, acidente vascular cerebral e oclusão coronariana, atuais ou pregressos;
- certeza ou suspeita de câncer de mama ou de outras neoplasias hormônio-dependentes;
- hepatopatia aguda ou crônica;
- tumores de fígado malignos ou benignos;
- icterícia colestática relacionada à gravidez ou secundária ao uso de ACO;
- hipertensão arterial (níveis maiores que 140 x 90mmHg) e/ou com doença vascular;
- cardiopatia isquêmica ou doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana).

Contra-indicações absolutas:

- enxaqueca com sintomas neurológicos focais;
- diabetes com evidência de nefropatia, retinopatia, neuropatia, doença vascular ou com mais de 20 anos de evolução;
- lúpus eritematoso sistêmico juvenil;
- idade maior ou igual a 35 anos e fumante (15 ou mais cigarros/dia);
- menos de 21 dias pós-parto (a coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se em torno de 3 semanas pós-parto);
- cirurgia de grande porte com imobilização prolongada;
- sangramento vaginal anormal de etiologia não diagnosticada;
- gravidez.

Situações em que se deve considerar a relação risco/benefício:

- idade ginecológica inferior a 2 anos;
- fatores de risco para tromboembolismo;
- existência de outras doenças crônicas;
- uso de drogas que interagem com o ACO diminuindo sua eficácia, quando se mostra necessário;
- o uso concomitante de método de barreira ou, preferencialmente, utilização de um método não hormonal:
 - ✓ 1. Rifampicina;
 - ✓ 2. Anticonvulsivantes (hidantoína, fenobarbital, carbamazepina, primidona);
 - ✓ 3. Griseofulvina;
 - ✓ 4. Alguns retrovirais inibidores das proteases;
 - ✓ 5. Produtos fitoterápicos à base de hypericum perforatum (erva de São João).

Apresentações comerciais de ACO utilizados na adolescência

- Seguindo o hiperlink abaixo você encontra uma lista com os nomes comerciais e genéricos dos ACO, TRIFÁSICOS E BIFÁSICO, CONTÍNUO, INJETÁVEIS, IMPLANTES disponíveis no mercado assim como suas dosagens.

[UnA-SUS\SLIDES aulas\Caso Priscila ACO.ppt](#)

Procedimentos para iniciar o uso do método ACO

- Anamnese cuidadosa, exame físico completo (para avaliar a presença de contra-indicações) e orientação detalhada sobre o ACO são procedimentos essenciais e obrigatórios em todas as circunstâncias.
- Exame pélvico (especular e toque bimanual), triagem para câncer de colo uterino e para DST (por testes de laboratório) em indivíduos assintomáticos são procedimentos apropriados para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.
- Testes laboratoriais rotineiros (hemograma, perfil lipídico, glicemia, enzimas hepáticas) são desnecessários.

Tópicos importantes que devem ser incluídos na orientação de uso de um ACO:

- aspectos práticos como quem vai comprar, onde vai guardar (principalmente em caso do não conhecimento da atividade sexual por parte dos pais), a que horas tomar, o que fazer se esquecer, o que fazer em caso de vômitos ou diarreia, etc...;
- uso correto do método, incluindo instruções para pílulas esquecidas; ocorrência de sinais e sintomas para os quais deve-se procurar o serviço de saúde e proteção contra DST/AIDS;
- eficácia, efeitos colaterais comuns (importante causa de abandono do método) e mudanças no padrão menstrual, incluindo sangramento irregular ou ausente;

Tópicos importantes que devem ser incluídos na orientação de uso de um ACO:

- possibilidade de interações medicamentosas e necessidade de, ao passar por um outro médico, informar sobre o uso do ACO.
- benefícios não contraceptivos dos anticoncepcionais, pois o conhecimento sobre estes pode aumentar a adesão ao método: proteção contra o câncer de ovário e endométrio, melhora da acne, da dismenorreia, da hipermenorragia ou da anemia e regularização do ciclo menstrual.

Efeitos colaterais dos ACO

Efeitos colaterais mais comuns:

- náuseas;
- sangramentos irregulares e *spottings*;
- cefaleia leve;
- hipersensibilidade mamária;
- alterações do humor.

Intercorrências após a ingesta do ACO

- **Vômitos dentro das primeiras duas horas da tomada do ACO:** repetir a dose (o ideal é que este comprimido extra seja retirado de uma outra cartela para que não atrapalhe a sequência da que está em uso).

Intercorrências após a ingesta do ACO

- **diarreia importante ou vômitos por mais de 24 horas:** continuar a tomar o ACO, se possível, mas evitar a atividade sexual ou fazê-la com uso de um método de barreira até que tenha tomado uma pílula por dia, por sete dias seguidos, depois que a diarreia e os vômitos tenham cessado.

Intercorrências após a ingesta do ACO

- **Embora Tromboembolismo** seja uma complicação muito rara dos ACO de baixa dosagem, orienta-se quanto às situações clínicas que sugiram tal problema, quando, então, a adolescente deverá parar de tomar a pílula e procurar imediatamente atendimento médico:
- dor abdominal intensa;
- dor torácica intensa com tosse e dificuldade respiratória;
- cefaleia muito intensa;
- importante dor na perna;
- perda ou borramento de visão.

Início de uso do ACO

Pode-se iniciar o uso da pílula em qualquer momento do ciclo menstrual, desde que se tenha certeza de que a jovem não está grávida, mas recomenda-se esse início no primeiro dia do ciclo menstrual, o que garantiria eficácia contraceptiva já a partir da primeira cartela; tomando a pílula sempre à mesma hora, a cada dia. O uso da cartela seguinte depende da apresentação do anticoncepcional escolhido.

Início de uso do ACO

- Cartela com 21 comprimidos ativos (maioria das apresentações comerciais): após tomar a última pílula da cartela, esperar 7 dias e reiniciar nova cartela, continuando assim ininterruptamente, ou seja, 3 semanas sim, 1 semana não; neste intervalo ocorrerá a menstruação.
- Cartela de 24 comprimidos ativos: característica das pílulas contendo 15µg de etinilestradiol. As apresentações comerciais vêm com 28 comprimidos (24 ativos + 4 placebos), os quais devem ser ingeridos na sequência, ininterruptamente, sem intervalos entre as cartelas. Durante a tomada do placebo, ocorrerá a menstruação.

O que fazer em caso de esquecimento ?

Não existe um consenso. A proposta de conduta abaixo considera que 7 dias de pílulas consecutivas são suficientes para impedir a ovulação.

- Pílulas com 30 a 35mcg de etinilestradiol:
esqueceu 1 ou 2 pílulas ou começou a cartela com 1 ou 2 dias de atraso
- Pílulas com 20mcg ou menos de etinilestradiol:
esqueceu 1 pílula ou começou a cartela com 1 dia de atraso

Tomar a última pílula esquecida assim que possível, 2 pílulas no mesmo dia e até de uma única vez, se necessário. Deixar as demais pílulas esquecidas na cartela e continuar o uso da cartela no horário regular

O que fazer em caso de esquecimento ?

Não existe um consenso. A proposta de conduta abaixo considera que 7 dias de pílulas consecutivas são suficientes para impedir a ovulação.

- Pílulas com 30 a 35mcg de etinilestradiol: esqueceu 3 ou mais pílulas ou começou a cartela com 3 dias de atraso
- Pílulas com 20mcg ou menos de etinilestradiol: esqueceu 2 ou mais pílulas ou começou a cartela com 2 dias de atraso

Tomar a última pílula esquecida assim que possível, 2 pílulas no mesmo dia e até de uma única vez, se necessário. Deixar as demais pílulas esquecidas na cartela e continuar o uso da cartela no horário regular.

O que fazer em caso de esquecimento ?

- Abster-se das relações sexuais ou usar preservativo até que tenha tomado 7 pílulas ativas em sequência.
- Se o esquecimento foi na 3ª semana da cartela, terminar de tomar as pílulas ativas e iniciar a próxima cartela imediatamente após, sem intervalo.
- Se a adolescente atrasou o início da cartela por 2 ou mais dias ou esqueceu de tomar 2 ou mais pílulas e teve uma atividade sexual desprotegida, deve-se considerar o uso do contraceptivo de emergência.

Anticoncepcional combinado injetável

Os injetáveis combinados de uso mensal intramuscular possuem as mesmas contra-indicações e semelhantes efeitos colaterais da pílula combinada de uso oral.

Estão disponíveis no mercado as apresentações com enantato de noretisterona 50mg + valerato de estradiol 5mg e acetato de medroxiprogesterona 25mg + cipionato de estradiol 5mg.

Anticoncepcional combinado injetável

Vantagens:

- aplicação a cada 30 dias. É opção interessante para as jovens que apresentam dificuldade para aderir ao uso diário da pílula;
- alta eficácia, pois não demanda uso diário;
- privacidade;
- diminuição da incidência de efeitos gastrintestinais como náuseas e vômitos.

Anticoncepcional combinado injetável

Desvantagens:

- não protege contra DST/AIDS, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção;
- necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior;
- existência de contra-indicações (mesmas do ACO);
- não rara a ocorrência de efeitos colaterais menores e risco baixo de complicações sérias (à semelhança do ACO).

Anticoncepcional combinado transdérmico (adesivo)

É um adesivo de cor bege, medindo 20cm² que libera, via transdérmica, diariamente, 20mcg de etinilestradiol e 150mcg de norelgestromim, com efeitos colaterais, indicações e contra-indicações semelhantes às apresentações combinadas orais.

Anticoncepcional combinado transdérmico (adesivo)

Vantagem

Troca do adesivo três vezes por ciclo. Cada embalagem vem com 3 adesivos para serem utilizados por 3 semanas consecutivas. No 1º ciclo, colocar o adesivo entre o 1º e 5º dia; cada adesivo deve permanecer no local por 7 dias, quando deve ser trocado por um novo. Após a retirada do 3º adesivo, permanecer sem o anticoncepcional por 1 semana e reiniciar novo ciclo (3 semanas sim, 1 semana não, à semelhança da pílula combinada).

Anticoncepcional combinado transdérmico (adesivo)

Vantagens:

- alta eficácia, pois não demanda uso diário. Provavelmente menos eficaz em mulheres obesas, com peso superior a 90kg, nas quais a absorção transdérmica parece diminuída;
- diminuição da incidência de efeitos gastrintestinais como náuseas e vômitos;
- geralmente não se solta espontaneamente, mesmo em situações de muita umidade e calor ou durante banho de mar ou piscina;



Anticoncepcional combinado transdérmico (adesivo)

Desvantagens:

- não protege contra DST/AIDS, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção;
- necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior;
- existência de contra-indicações (mesmas do ACO);
- não rara a ocorrência de efeitos colaterais menores e risco baixo de complicações sérias (semelhante ao ACO); reação de pele local é rara e em geral desaparece rapidamente após a retirada do adesivo; minimizada através da rotação dos locais de colocação;

Anticoncepcional combinado transdérmico (adesivo)

Desvantagens:

- exposição das usuárias a um nível constante mais elevado de estrógeno do que o proporcionado pela maioria das pílulas anticoncepcionais (cerca de 60% a mais do que o nível alcançado com apresentações de 35mcg). Embora o pico atingido seja 25% menor do que o alcançado com o ACO, não se sabendo, ainda, se isso aumenta o risco de tromboembolismo;
- os sítios possíveis de aplicação - baixo ventre, nádegas, parte superior do braço e parte superior do tronco (excluindo-se regiões de mamas) – dependendo da vestimenta usada não garantem discrição, mas o fato de ser visível é, ainda, um lembrete diário que facilita o uso consistente e correto do método;
- preço superior ao da maioria dos ACO.

Anticoncepcional combinado vaginal (anel vaginal)

Anel de plástico transparente, flexível, macio, com um diâmetro de 54mm que libera diariamente 15mcg de etinilestradiol e 120mcg de etonogestrel (metabólito biologicamente ativo do desogestrel).

Vantagens:

- Manipulação do anel apenas 2 vezes por mês, para colocar e retirar. Deve ficar na vagina por 3 semanas; e após 1 semana de pausa (quando ocorrerá a menstruação), um novo anel deve ser inserido (3 semanas sim, 1 semana não, à semelhança da “pílula” e do adesivo);

Anticoncepcional combinado vaginal (anel vaginal)

Vantagens:

- alta eficácia, pois não demanda uso diário;
- fácil inserção e retirada (o lugar exato na vagina não influencia sua eficácia);
- privacidade (ninguém percebe que a adolescente o está usando);
- diminuição da incidência de efeitos gastrintestinais como náuseas e vômitos.

Anticoncepcional combinado vaginal (anel vaginal)

Desvantagens:

- não protege contra DST/AIDS, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção;
- necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior;
- existência de contraindicações (mesmas do ACO);
- não rara a ocorrência de efeitos colaterais menores e risco baixo de complicações sérias (semelhantes ao ACO);

Anticoncepcional combinado vaginal (anel vaginal)

Desvantagens:

- raros problemas relacionados ao anel: expulsão espontânea (geralmente associada à parede vaginal mais flácida), sensação de corpo estranho, percepção do anel durante a relação sexual, desconforto vaginal e vaginites;
- preço superior ao da maioria dos ACO;
- difícil utilização por adolescentes com tabus relacionados à manipulação dos genitais, frequentes na cultura local.



ANTICONCEPÇÃO APENAS COM PROGESTAGÊNIO

As pílulas contendo apenas progestágeno, ao contrário do ACO, são tomadas ininterruptamente, sem pausa entre as cartelas (tanto as com 28 quanto aquelas com 35 comprimidos). Estão indicadas para as mulheres com contra-indicações ao componente estrogênico. Existem 2 opções no mercado:

- mini-pílula ou pílula progestínica: contendo progestágeno em baixa dosagem (metade a um décimo da quantidade de progestagênio contido nos ACO).

ANTICONCEPÇÃO APENAS COM PROGESTAGÊNIO:

- noretisterona 0,35mg: 35 pílulas ativas;
- levonorgestrel 0,030mg: 35 pílulas ativas;
- linestrenol 0,5mg: 28 pílulas ativas;
- anticoncepcional oral com média dosagem de progestagênio: contendo 75mg de desogestrel em cada comprimido. Com uma quantidade maior de progestágeno, apresenta, teoricamente, uma eficácia superior à mini-pílula.



ANTICONCEPÇÃO APENAS COM PROGESTAGÊNIO

Vantagens:

- não causa os efeitos colaterais dependentes de estrógeno;
- uso contínuo, sem intervalo entre as cartelas;
- ótima opção para adolescentes que estão amamentando, pois além de não interferir na lactação e não apresentar efeitos sobre o bebê, tem sua eficácia aumentada pela amamentação.



ANTICONCEPÇÃO APENAS COM PROGESTAGÊNIO

Desvantagens:

- não protege contra DST/AIDS, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção;
- necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior;
- existência de contra-indicações;
- menos eficaz que a pílula combinada, exige maior precisão no horário da ingestão do contraceptivo;



ANTICONCEPÇÃO APENAS COM PROGESTAGÊNIO

Desvantagens:

- se a adolescente esquecer 1 ou mais pílulas por mais de 3 horas, deve tomar 1 pílula o mais breve possível, continuar a cartela regularmente e usar preservativo ou abster-se das relações sexuais pelos próximos 2 dias;
- irregularidades frequentes do ciclo menstrual (sangramento irregular e amenorreia).



Anticoncepcional injetável apenas com progestágeno (trimestral)

O uso intramuscular de 150mg de depoacetato de medroxiprogesterona, trimestralmente, é uma opção eficaz e interessante para mulheres que apresentem contraindicações ao uso de estrógeno, mas seu efeito negativo sobre a densidade óssea restringe o uso prolongado na adolescência.

Anticoncepcional injetável apenas com progestágeno (trimestral)

Vantagens:

- alta eficácia;
- uma aplicação a cada 3 meses;
- baixo custo;
- privacidade;
- não causa os efeitos colaterais dependentes de estrógeno;
- não interfere na amamentação.

Anticoncepcional injetável apenas com progestágeno (trimestral)

Desvantagens:

- não protege contra DST/AIDS, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção;
- necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior;
- existência de contraindicações como suspeita de gravidez, tumores dependentes de hormônios sexuais ou doença hepática ativa;

Anticoncepcional injetável apenas com progestágeno (trimestral)

Desvantagens:

- efeitos colaterais mais frequentes: sangramento irregular, amenorreia, ganho de peso;
- efeitos negativos sobre a densidade óssea, tanto maior quanto mais prolongado for o uso. Como a adolescência é um momento crucial para o desenvolvimento ósseo, essa opção está indicada como método contraceptivo de longa duração, por mais de 2 anos, somente no caso de nenhum outro ser factível;
- demora do retorno da fertilidade.

Implantes subdérmicos

São cápsulas de material plástico, contendo progestágeno (Desogestrel), que são implantadas sob a pele do braço não dominante, através de pequeno procedimento cirúrgico e que liberam o hormônio continuamente para a corrente sanguínea.

Vantagens:

- alta eficácia, mesmo em mulheres obesas;
- anticoncepcional de longa duração (3 anos), podendo ser retirado a qualquer momento que se deseje;



Implantes subdérmicos

Vantagens:

- retorno da fertilidade quase imediatamente após retirada;
- privacidade;
- não causa os efeitos colaterais dependentes de estrógeno, opção interessante para adolescentes que apresentam contraindicações ao uso do estrógeno e que busquem uma anticoncepção prolongada;
- não interfere na amamentação.

Implantes subdérmicos

Desvantagens:

- não protege contra DST/AIDS, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção;
- necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior;
- existência de contraindicações;
- comuns alterações do fluxo menstrual como sangramento prolongado ou amenorreia;
- necessidade de profissional treinado para sua inserção e retirada;
- alto custo.



DISPOSITIVOS CONTRACEPTIVOS INTRA-UTERINOS

O dispositivo intra-uterino de cobre (DIU de cobre) e o sistema intra-uterino de levonorgestrel são contraceptivos eficazes, mas não protegem contra DST e suas contraindicações relativas limitam seu uso na adolescência.

Vantagens:

- necessidade de motivação para seu uso apenas inicial;
- anticoncepção eficaz e duradoura;
- não interfere na relação sexual;



DISPOSITIVOS CONTRACEPTIVOS INTRA-UTERINOS

Vantagens:

- retorno rápido da fertilidade após retirada;
- troca somente a cada 1 a 5 anos;
- após inserção, reavaliações médicas somente anuais.

DISPOSITIVOS CONTRACEPTIVOS INTRA-UTERINOS

Desvantagens:

- não protege contra DST/AIDS, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção;
- necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior;
- necessidade de profissional treinado para sua inserção e retirada;

DISPOSITIVOS CONTRACEPTIVOS INTRA-UTERINOS

Desvantagens:

- associação com o aumento na incidência de infecções do trato genital feminino, gravidezes ectópicas e anormalidades do ciclo menstrual;
- contraindicações relativas: nuliparidade, múltiplos parceiros e infecções do trato genital inferior (risco relacionado à inserção e presente nas 3 semanas que se seguem a esta);
- alto custo do DIU com levonorgestrel.

MÉTODOS DE BARREIRA

1. PRESERVATIVO MASCULINO

Ótima opção contraceptiva, o preservativo masculino, se utilizado adequadamente, pode atingir uma eficácia de 97-98%.

Essa eficácia, no entanto, está diretamente relacionada à orientação fornecida ao casal, uma vez que a falha resulta, na maioria das vezes, do uso incorreto. Frequentes causas da falência do método são:

MÉTODOS DE BARREIRA – Preservativo Masculino

- Danos no preservativo de causa mecânica (unhas, jóias ou bijuterias cortantes, piercings, dentes, etc...).
- Não retirada do pênis, ainda ereto, da vagina, imediatamente após ejaculação, segurando o preservativo pela base (causa de extravasamento do sêmen).
- Assim, como usar, em que momento do ato sexual colocar, como retirar, data de validade, etc..., são questões que devem ser abordadas, mesmo quando o adolescente diz já saber “tudo sobre camisinha”.

MÉTODOS DE BARREIRA – Preservativo Masculino

Vantagens:

- se utilizado corretamente, garante dupla proteção: contracepção eficaz e proteção contra DST/AIDS;
- fácil obtenção e uso;
- baixo custo;
- sem necessidade de prescrição médica;
- responsabilidade da contracepção partilhada pelo casal;
- sem efeitos colaterais e contraindicações (exceto reação alérgica ao látex).



MÉTODOS DE BARREIRA – Preservativo Masculino

- Armazenamento inadequado do preservativo (calor e umidade danificam o látex).
- Uso de preservativos fora da validade e/ou sem selo de qualidade (selo do Inmetro).
- Uso de lubrificantes à base de óleo.
- Erros na colocação do preservativo: colocá-lo após contato genital (coito interrompido para colocação do preservativo, por exemplo); não desenrolá-lo até a base do pênis; não retirar o ar de sua extremidade.

MÉTODOS DE BARREIRA – Preservativo Masculino

Desvantagens:

- deterioração com o tempo e exposição ao sol, calor e/ou umidade;
- possibilidade de furar ou romper. São fundamentais a orientação, prescrição e até fornecimento prévio do contraceptivo de emergência para a utilização pela parceira nos casos de “acidente”;
- interrupção do ato sexual;
- reações alérgicas ao látex ou aos lubrificantes;



MÉTODOS DE BARREIRA – Preservativo Masculino

Desvantagens:

- tabus relacionados à diminuição do prazer sexual. Necessário discutir que embora o preservativo modifique a sensibilidade, não a diminui, nem interfere no prazer sexual; pode, ao contrário, prolongar o tempo até a ejaculação, o que muitas vezes é visto como uma vantagem pelo casal (os tabus referentes à interferência no desempenho e prazer sexual são importantes causas de não adesão ao método);

MÉTODOS DE BARREIRA – Preservativo Masculino

Desvantagens:

- textura, cheiro e sabor considerados desagradáveis por alguns;
- dependência do parceiro para sua utilização.

MÉTODOS DE BARREIRA

2. PRESERVATIVO FEMININO

Dispositivo de poliuretano com cerca de 16cm de comprimento e 8cm de largura, traz dois anéis flexíveis em suas extremidades (o anel interno fixa-se sobre o colo do útero, nos moldes do diafragma, e o externo nos pequenos lábios); já vem lubrificado com espermicida e, assim como o preservativo masculino, não é reutilizável.

MÉTODOS DE BARREIRA- Preservativo Feminino

Vantagens:

- se utilizado corretamente, garante dupla proteção: contracepção eficaz e proteção contra DST/AIDS;
- independente da vontade do parceiro;
- possibilidade de inserção prévia à relação sexual (até 8 horas antes), não interrompendo o ato sexual;
- sem necessidade de prescrição médica;
- sem efeitos colaterais e contraindicações.

MÉTODOS DE BARREIRA- Preservativo Feminino

Desvantagens:

- custo (mais caro que o preservativo masculino);
- tabus culturais relacionados à manipulação dos genitais.



MÉTODOS DE BARREIRA- Diafragma

3. DIAFRAGMA

É um pequeno dispositivo de látex que se acopla ao colo do útero, impondo-se como barreira física à entrada de espermatozóides. Sua associação com espermicida aumenta muito sua eficácia anticoncepcional.

MÉTODOS DE BARREIRA- Diafragma

Vantagens:

- boa eficácia se uso apropriado;
- inócuo;
- pode ser inserido antes do ato sexual;
- durabilidade de 2 a 3 anos se observadas as recomendações de conservação do produto.

MÉTODOS DE BARREIRA- Diafragma

Desvantagens:

- não protege contra DST/AIDS, necessitando do uso concomitante de preservativo pelo parceiro, para cumprir o critério de dupla proteção;
- necessidade de avaliação médica para medição do colo uterino, prescrição e orientação para aprendizagem da colocação e retirada;
- necessidade de reavaliações posteriores por possíveis mudanças nas características locais: pós-parto, obesidade (após ganho superior a 5kg), etc...;



MÉTODOS DE BARREIRA- Diafragma

Desvantagens:

- aversão cultural à manipulação dos genitais.
- possibilidade de deslocamento durante o ato sexual;
- necessidade do uso de espermicida;
- reações alérgicas ao látex ou ao espermicida.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

1. COITO INTERROMPIDO

É um método falho mesmo entre adultos, mais ineficaz entre adolescentes, ainda sem controle e conhecimento adequados da dinâmica sexual. Dada à frequência com que é utilizado nessa faixa etária, é importante que se faça, durante a orientação anticoncepcional, discussão detalhada sobre suas desvantagens.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS COITO INTERROMPIDO

Vantagens:

- nenhum custo;
- sem necessidade de prescrição médica;
- responsabilidade da contracepção partilhada com o parceiro.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS COITO INTERROMPIDO

Desvantagens:

- baixa eficácia mesmo quando praticado corretamente (presença de espermatozóides no líquido pré-ejaculatório);
- não protege contra DST/AIDS;
- possibilidade de interferir no prazer sexual;
- risco de desenvolvimento de disfunção sexual.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

2. CALENDÁRIO (“tabelinha”)

A “tabelinha” exige registro dos últimos 6 ciclos menstruais, pelo menos, para cálculo do início e fim da abstinência.

Início: subtrair 18 do número de dias do ciclo menstrual mais curto.

Término: subtrair 11 do número de dias do ciclo mais longo.

Exemplo: ciclos variando entre 26 e 32 dias:

Ciclo mais curto: $26 - 18 = 8$

Ciclo mais longo: $32 - 11 = 21$

Período fértil: 8º a 21º dia de cada ciclo.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

CALENDÁRIO (“tabelinha”)

Vantagens:

- não requer drogas ou dispositivos contraceptivos;
- promoção do diálogo do casal;
- seu uso aumenta os conhecimentos sobre a fisiologia da reprodução.



MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

CALENDÁRIO (“tabelinha”)

Desvantagens:

- não protege contra DST/AIDS, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção;
- baixa eficácia, ainda mais ineficaz quando os ciclos são irregulares;
- requer registro e conhecimento dos ciclos menstruais e planejamento da atividade sexual;
- determina abstinência de 1/3 a 1/2 do ciclo.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

CALENDÁRIO (“tabelinha”)

- Desejo e oportunidade não estão relacionados com o ciclo menstrual.
- Necessidade de anotar todos os ciclos menstruais, pois os cálculos devem ser refeitos sempre que ocorram ciclos mais longos ou mais curtos, 2 ou mais vezes em 1 ano.
- A frequente irregularidade menstrual entre adolescentes, o frequente não registro dos ciclos menstruais por parte das jovens, a vivência temporal característica desta faixa etária (“aqui e agora”), a frequência da atividade sexual (uma questão de oportunidade), assim como várias outras características das vivências sexuais dos jovens dificultam e até mesmo inviabilizam a utilização desse método.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A contracepção de emergência (CE) é definida como a utilização de drogas (progestágeno isolado ou associado ao estrógeno em altas doses) para evitar a gravidez após uma atividade sexual desprotegida.

A Tabela 1 apresenta os contraceptivos de emergência aprovados pelo Ministério da Saúde, sua eficácia e algumas das apresentações comerciais.

Tabela 1. Contracepção de emergência

TIPO DE CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	TAXA DE GRAVIDEZ* SEGUNDO O TEMPO OCORRIDO ENTRE O "ACIDENTE" E A TOMADA DO CE	APRESENTAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO VIA ORAL
Pílula anticoncepcional combinada (Método de Yuzpe)	< 24h: 2,0 25 - 48h: 4,1 49 - 72h: 4,7	comprimido com 50 µg de etinilestradiol + 0,25 mg de levonorgestrel	2 comprimidos a cada 12 horas (2 doses; total: 4 comprimidos)
		comprimido com 30µg de etinilestradiol + 0,15 mg de levonorgestrel	4 comprimidos a cada 12 horas (2 doses; total: 8 comprimidos)
Pílula contendo apenas progestágeno	< 24h: 0,4 25 - 48h: 1,2 49 - 72h: 2,7	comprimido com 0,75 mg de levonorgestrel	2 comprimidos (dose única)
		comprimido com 1,5 mg de levonorgestrel	1 comprimido (dose única)

**O risco de engravidar em uma única relação sexual desprotegida é de 8,0 gravidezes por 100 mulheres/ano.*

Contracepção de emergência- instruções de uso

A ação anticoncepcional desses métodos só é garantida se a droga for administrada até 120 horas após a relação sexual desprotegida, mas sua eficácia depende do tempo decorrido entre o “acidente contraceptivo” e a tomada da medicação - quanto mais precoce for a ingestão da medicação, maior a eficácia - o ideal é que ela seja ingerida nas primeiras 12 a 24 horas após o “acidente”.

Contracepção de emergência- instruções de uso

- Os efeitos colaterais são leves e transitórios, presentes nos 2 dias após o “acidente”. São eles: náuseas, vômitos, fadiga, aumento de sensibilidade mamária; sangramento irregular; retenção líquida e cefaleia.
- Utilizar, preferencialmente, as pílulas contendo apenas progestagênio (e não o método de Yuzpe), pois apresentam menos efeitos colaterais, como náuseas e vômitos, são mais eficazes; possuem uma formulação específica para esse fim e são passíveis de serem administradas em dose única (o que facilita a adesão e uso correto).

Contracepção de emergência- instruções de uso

- Caso ocorram vômitos dentro de 2 horas da ingestão do CE, deve-se repetir a dose o mais rápido possível; se os vômitos persistirem, uma outra dose de CE pode ser feita via vaginal.
- Apresenta baixa eficácia e com efeitos colaterais quando utilizada como método anticoncepcional rotineiro e frequente.
- Não existem contraindicações para sua utilização; mesmo nas mulheres que não podem receber anticoncepcionais combinados (doença hepática, tromboembolismo, etc...).

Contracepção de emergência- instruções de uso

- Não é teratogênico.
- A CE não protege contra DST/AIDS e nem contra outra gravidez no ciclo.
- O próximo ciclo pode ser antecipado ou retardado, devendo-se pensar na possibilidade de gravidez caso a menstruação não ocorra dentro de três semanas.
- Provavelmente, o uso repetido é mais seguro do que uma gravidez indesejada e/ou um aborto, não se devendo, portanto, negar a prescrição da CE somente porque a adolescente fez uso desta recentemente, ainda que no mesmo ciclo menstrual.

Contracepção de emergência- instruções de uso

- Após a utilização do CE, um anticoncepcional de rotina mais eficaz deve ser iniciado ou continuado.
- Métodos de barreira podem ser utilizados imediatamente.
- Contraceptivos hormonais orais, adesivos ou anéis vaginais podem ser utilizados de duas maneiras:
 - a) iniciar ou reiniciar no dia seguinte à tomada do CE, mantendo-se abstinente ou utilizando preservativo pelos próximos 7 dias;

Contracepção de emergência- instruções de uso

- b) esperar o próximo ciclo menstrual para iniciar o método, mantendo-se abstinente ou utilizando preservativo durante todo o período de espera.
- Em caso de uso de contraceptivos injetáveis; implantes e dispositivos intra-uterinos deve-se esperar o próximo ciclo menstrual para iniciar o método, mantendo-se abstinente ou utilizando preservativo durante esse período.

CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCENTE PORTADORA DE DOENÇA CRÔNICA

A escolha de um método anticoncepcional adequado para as pacientes portadoras de doenças crônicas deve ser sempre precedida por uma revisão bibliográfica cuidadosa e consiste em tomada de decisão que deve ser conjunta: pelo médico que atende a adolescente, pela enfermeira e pela própria cliente.

CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCENTE PORTADORA DE DOENÇA CRÔNICA

Encontra-se disponível na Internet o consenso da OMS “Critérios de Elegibilidade Médica para Uso dos Métodos Anticoncepcionais”:

www.reprolatina.net/website_portugues/html/ref_bibliog/criterios2004_pdf/criterios_medicos2004_integral.pdf

Cujo objetivo é prover o profissional com informações que lhe permitam pesar os riscos de uma gravidez contra os riscos do método contraceptivo, em cada situação em particular.

CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCENTE PORTADORA DE DOENÇA CRÔNICA

Ainda, pacientes portadoras de doenças crônicas, frequentemente utilizam várias medicações diferentes e as interações entre o método contraceptivo e os medicamentos utilizados devem ser consideradas.

Independente da situação clínica, o preservativo (masculino ou feminino) deve ser sempre indicado, associado a outros métodos ou não, com o intuito de prevenir DST/AIDS.

CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCENTE PORTADORA DE DOENÇA CRÔNICA

A possibilidade de falhas quando do uso desse método isolado deve ser considerada, particularmente, nos casos onde uma gravidez determinaria repercussões importantes na evolução da doença ou até risco de morte. No caso de acidente com o preservativo indicar, se necessário, o mais precocemente possível, o contraceptivo de emergência, o qual não possui contraindicações.

REFERÊNCIAS

- 1- Blum RW et al. Sexual Behavior of Adolescents With Chronic Disease and Disability. J Adolesc Health Care 1996;19(2): 124-31.
2. Blum RW. Sexual health contraceptive needs of adolescents with chronic conditions. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151(3):290-7.
3. Borgelt-Hansen L. Oral contraceptives: an update on health benefits and risks. J Am Pharm Assoc 2001; 41(6):475-586.
4. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (October 2004). Contraceptive choices for young people. J Fam Plann Reprod Health Care 2004; 30(4):237- 51. Available from <http://www.ffprhc.org.uk>

REFERÊNCIAS

5. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. Faculty Statement from the CEU on New Publication: WHO Selected Practice Recommendations Update (April 2005). Available from: <www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/MissedPillRules%20.pdf>
6. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (April 2005). Drug interactions with hormonal contraception. Available from: <www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/DrugInteractionsFinal.pdf>
7. Hartcher RA et al. Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção. Baltimore, Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, Programa de Informação de População, 2001.

REFERÊNCIAS

8. Kartozi C. New options for teen pregnancy prevention. The American Journal of Maternal/Child Nursing 2004; 29(1):30-5.
9. Ministério da Saúde do Brasil. Anticoncepção de emergência. Perguntas e respostas para profissionais de saúde. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno no 3. Brasília, 2005. Available from: <www.redece.org/manualce2005.pdf>
10. Neinstein LS. Contraception in women with special medical needs. Compr Ther 1998; 24(5): 229-50.
11. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. 3 ed. OMS, Genebra, 2004. Disponível em: <www.reprolatina.net/website_portugues/html/ref_bibliog/criterios2004_pdf/criterios_medicos2004_integral.pdf>

REFERÊNCIAS

12. Pettinato A, Emans SJ. New contraceptive methods: update 2003. Current Opinion in Pediatrics 2003;15:362-9.
13. Society for Adolescent Medicine. Provision of emergency contraception to adolescents: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. J Adol Health 2004; 35:66-70.
14. World Health Organization. Department of Reproductive Health Research. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2nd ed. WHO, Geneva, 2004.